

# Programa individualizado de educación (IEP) para educación primaria



*Oficina de Educación Especial y  
Servicios de Intervención Temprana*

#### STATE BOARD OF EDUCATION

KATHLEEN N. STRAUS – PRESIDENT • SHARON L. GIRE – VICE PRESIDENT  
CAROLYN L. CURTIN – SECRETARY • HERBERT S. MOYER – TREASURER  
MARIANNE YARED MCGUIRE – NASBE DELEGATE • JOHN C. AUSTIN • ELIZABETH W. BAUER • EILEEN LAPPIN WEISER  
GOVERNOR JENNIFER M. GRANHOLM – EX-OFFICIO

THOMAS D. WATKINS, JR.  
SUPERINTENDENT OF PUBLIC INSTRUCTION



“Show me how this helps teachers teach and children learn.”

MICHIGAN DEPARTMENT OF EDUCATION DECISION MAKING RULER - 2001



**2 de abril, 2003**

*Departamento de Educación de Michigan/Oficina de Educación Especial y Servicios de Intervención Temprana*  
**Informe del equipo del programa individualizado de educación (IEPT)**

Fecha del IEP: \_\_\_\_\_ Fecha de reevaluación inicial/más reciente del IEP: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha del IEP anterior: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID del estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dist. de residencia: \_\_\_\_\_ Dist. donde se asiste: \_\_\_\_\_ Escuela donde se asiste: \_\_\_\_\_

**Esta reunión del equipo IEP tiene por propósito analizar** (marque uno de los siguientes):

- Calificación inicial     Revisión/Modificación del IEP     Reevaluación     Reevaluación adicional/Cambio de incapacidad  
 Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**Participantes en la reunión del equipo IEP presentes**

Marque la casilla  indicando al miembro del equipo IEP que puede explicar las implicaciones instruccionales de los resultados de la evaluación.  
 Marque el círculo  para indicar al miembro del equipo IEP que ha observado al estudiante que presuntamente tiene una incapacidad de aprendizaje

Estudiante		<input type="checkbox"/>
Padre o madre	Maestro de educación general	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
Padre o madre	Maestro/Proveedor de educación especial	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
	Representante o delegado de la entidad de educación pública	<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
		<input type="checkbox"/> <input type="radio"/>

**Se necesitan las firmas de los participantes para validar una determinación sobre una presunta incapacidad de aprendizaje bajo la regla R340.1713. Todo miembro que esté en desacuerdo debe presentar una declaración con su conclusión.**

Calificación para educación especial: El equipo IEP determinó que este estudiante:  No califica     Califica  
 Incapacidad principal: \_\_\_\_\_  
 Incapacidad secundaria, si corresponde: \_\_\_\_\_

Considere (marque) cada uno de los siguientes aspectos y coméntelos según corresponda:

- preferencias e intereses del estudiante
- fortalezas del estudiante
- opiniones e inquietudes de los padres para mejorar la educación del estudiante
- resultados de la evaluación inicial o de la reevaluación más reciente del estudiante
- progreso en las metas y objetivos anuales del programa IEP vigente
- progreso en el programa general de estudios según corresponda
- resultados del estudiante en evaluaciones estatales y/o del distrito
- necesidades previstas del estudiante u otros temas

Considere (marque) cada uno de los siguientes aspectos: Necesidades en cualquiera de las siguientes áreas **requiere** una declaración en la sección de comentarios:

- necesidades de comunicación del estudiante
- intervenciones, apoyos y estrategias para fomentar conductas positivas en estudiantes cuya conducta impida el aprendizaje
- necesidades lingüísticas para estudiantes con aptitud limitada en inglés
- Instrucción en sistema Braille para estudiantes ciegos o con limitación visual
- comunicación y lenguaje para estudiantes sordos o con limitación auditiva
- necesidad de dispositivos o servicios de asistencia tecnológica

**Nivel actual de rendimiento educativo** – ¿Cuál es el nivel operativo del estudiante y de que manera afecta la incapacidad su participación y avance en el programa general de estudios (o las actividades pertinentes para estudiantes preescolares)?

**Entorno menos restrictivo** - Este estudiante:

- Participará plenamente con estudiantes sin incapacidades en el entorno de educación general salvo cuando esté en programas/servicios separados de educación especial proporcionados fuera de la sala de educación general según se especifica en este programa IEP.  
 Sí       No (explique):
- Participará plenamente y progresará en el programa general de estudios.  
 Sí       No (explique):
- Tendrá la misma oportunidad que los estudiantes de educación general de participar en actividades no académicas y extraprogramáticas.  
 Sí       No (explique):

**Ayudas/Servicios/Apoyo de personal complementarios**

Ayudas/Servicios/Apoyo complementarios	Cantidad de tiempo/Frecuencia/Condiciones	Localidad

Todos los ayudas/servicios y apoyos complementarios antedichos comenzarán en la fecha de inicio del programa IEP y continuarán durante un año calendario, según el calendario aprobado por el distrito escolar. Anote a continuación cualquier excepción a las fechas de inicio y término y a las localidades antedichas. Especifique el mes/día/año:

**Metas anuales y objetivos de corto plazo**

Datos del nivel actual de rendimiento: \_\_\_\_\_

Meta anual: \_\_\_\_\_

Objetivos de corto plazo (al menos dos por meta)				Evaluación	Criterio	Programación
1.						
2.						
3.						
Fecha	Estado Obj. 1	Estado Obj. 2	Estado Obj. 3	Comentarios/Datos sobre el progreso		

Datos del nivel actual de rendimiento: \_\_\_\_\_

Meta anual: \_\_\_\_\_

Objetivos de corto plazo (al menos dos por meta)				Evaluación	Criterio	Programación
1.						
2.						
3.						
Fecha	Estado Obj. 1	Estado Obj. 2	Estado Obj. 3	Comentarios/Datos sobre el progreso		

<p><b>Evaluación</b></p> <p><b>S</b> Trabajo diario de estudiante  <b>D</b> Observación documentada  <b>R</b> Escala de clasificación  <b>T</b> Prueba normalizada  <b>O</b> Otro (especifique arriba)</p>	<p><b>Criterio</b></p> <p>_____% Exactitud          __de__ Nivel          _____ Nivel de logros          Otro (especifique arriba)</p>	<p><b>Programación</b></p> <p><b>W</b> Semanal  <b>D</b> Diario  <b>M</b> Mensual  <b>G</b> Período de calificación  <b>O</b> Otro (especifique arriba)</p>	<p><b>Estado del progreso de los objetivos</b></p> <p><b>1</b> Logrado/Conservado  <b>2</b> Progresando a un ritmo suficiente para cumplir la meta anual de este objetivo  <b>3</b> Progresando a un ritmo insuficiente para cumplir la meta anual de este objetivo (explique arriba)  <b>4</b> No corresponde durante este periodo de informe  <b>5</b> Otro (especifique arriba)</p>
--	--	---	--

**Informe de progreso:**  Se le informará regularmente a los padres por escrito sobre el progreso de las metas y objetivos de este programa IEP en los períodos de informe regulares aplicables a los estudiantes de educación general. Informes adicionales:  
 Cómo: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

### Programas / Servicios de educación especial

¿Se necesita algún maestro con una especialización determinada?  No  Sí, especifique:

**Sólo programa de recursos** – ¿Se necesita un asesor de maestros con una especialización que concuerde con la incapacidad del estudiante?  No  Sí

**Programa departamentalizado (R 340.1749c)**  No  Sí

Programas / Servicios de ed. especial Regla número	Frecuencia y duración	Localidad

Todos los programas y servicios antedichos comenzarán en la fecha de inicio del programa IEP y continuarán durante un año calendario, según el calendario aprobado por el distrito escolar. Los servicios de año escolar extendido (ESY) deben proporcionarse sólo si el equipo IEP determina, según cada caso, que son necesarios para la entrega de educación pública apropiada y gratuita. Anote a continuación cualquier excepción a las fechas de inicio y término y a las localidades antedichas. Especifique el mes/día/año:

**Transporte especial:**  No  Sí, especifique:

**Alumnos de escuelas no públicas** - Identifique los programas/servicios ofrecidos por el distrito pero que no se proporcionan porque los padres optaron por inscribir al menor en una escuela no pública:

**El estudiante participará en el sistema de evaluación educativa de Michigan (MEAS), y las evaluaciones del distrito/NAEP\* de la siguiente manera:**

MEAP, MI-Access no se rinden en los grados escolares cubiertos por este programa IEP

Evaluación MEAS	¿Evaluación apropiada?		Si <b>lo es</b> , enumere las modificaciones de evaluación pertinentes si fuesen necesarias. Si <b>no lo es</b> , explique por qué la evaluación MEAP no es apropiada e indique la evaluación alternativa/MI-Access pertinente.	¿Modificaciones estándar?	
	sí	no		sí	no
<b>Programa de evaluación educativa de Michigan (MEAP)</b>					
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciencias Naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciencias Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MI-Access, el programa de evaluación alternativo de Michigan</b>					
Califica para la fase 2**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Independencia con apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Participación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

\*\*Para los estudiantes que califiquen a la fase 2, indique qué otras evaluaciones normalizadas de logros rendirán.

Las evaluaciones del distrito/NAEP no se rinden en los grados escolares/años cubiertos por este programa IEP

Evaluación del distrito/NAEP	¿Evaluación apropiada?		Si <b>lo es</b> , enumere las modificaciones de evaluación pertinentes si fuesen necesarias. Si <b>no lo es</b> , explique por qué la evaluación de distrito/NAEP es inapropiada e indique la evaluación alternativa pertinente.
	sí	no	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* NAEP – National Assessment Educational Progress

### Firmas de compromiso

Cualquier miembro del equipo IEP puede presentar un informe en desacuerdo para que se adjunte a este informe del equipo IEP.

**Distrito de residencia** - El superintendente o delegado del distrito de residencia (marque todo lo que corresponda):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Está de acuerdo con el programa IEP y su ejecución.  | <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con este programa IEP y: |
| <input type="checkbox"/> Autoriza al distrito operativo no de residencia a realizar reuniones del equipo IEP subsiguientes. | <input type="checkbox"/> solicita mediación                          |
| <input type="checkbox"/> Concuera que el estudiante no califica para recibir educación especial.                            | <input type="checkbox"/> solicita una audiencia de debido proceso    |

Firmado: \_\_\_\_\_  
Superintendente o delegado del distrito de residencia

Fecha: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

**Distrito operativo no de residencia** – El superintendente o su delegado (marque todo lo que corresponda):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se compromete a proporcionar los programas y/o servicios del programa IEP | <input type="checkbox"/> No está de acuerdo con este programa IEP y: |
| <input type="checkbox"/> Se compromete a realizar las subsiguientes reuniones del equipo IEP       | <input type="checkbox"/> solicita mediación                          |
| <input type="checkbox"/> Concuera que el estudiante no califica para recibir educación especial.   | <input type="checkbox"/> solicita una audiencia de debido proceso    |

Firmado: \_\_\_\_\_  
Superintendente o delegado del distrito de residencia

Fecha: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

**Notificación de requisitos del distrito operativo** – El superintendente o delegado del distrito operativo asegura que:

- al máximo grado que sea pertinente, las personas que tienen una incapacidad, incluyendo a personas asignadas a una escuela pública o institución privada o otra institución de cuidado, serán educadas con personas que no tienen incapacidades.
- la colocación de personas que tienen una incapacidad en clases especiales, escuelas separadas, o su retiro del entorno educacional tradicional se producirá sólo si la naturaleza o gravedad de la incapacidad es tal que la educación en clases tradicionales con el uso de ayudas y servicios complementarios no se puede entregar satisfactoriamente.
- el lugar de colocación del estudiante será el más cercano posible a su casa.
- a menos que el programa IEP de un estudiante con incapacidades requiera alguna otra disposición, el estudiante será educado en la escuela a la que asistiría si no tuviera una incapacidad.
- al seleccionarse el entorno menos restrictivo, se considerará cualquier efecto potencialmente nocivo para el estudiante o la calidad de los servicios que el estudiante necesita.
- un menor con incapacidad no será retirado de la educación en aulas tradicionales pertinentes para su edad por el solo hecho de que se necesiten modificaciones en el programa general de estudios.

Personal responsable de la ejecución: \_\_\_\_\_

Lugar inicial de la ejecución: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio (m/d/a): \_\_\_\_\_

Fecha de término (m/d/a): \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_  
Superintendente o su delegado

Fecha: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

**Adulto que otorga su consentimiento al programa IEP** - He sido informado sobre todas las garantías procesales y las fuentes donde puedo obtener ayuda, y:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprendo los contenidos de este programa IEP                   | <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo, pero permitiré que este programa IEP se ponga en práctica |
| <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo con el programa IEP y su ejecución.            | <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo con este programa IEP y:                                   |
| <input type="checkbox"/> Concuero que el estudiante no califica para educación especial. | <input type="checkbox"/> solicito mediación   |
|  | <input type="checkbox"/> solicito una audiencia de debido proceso                                       |

Firmado: \_\_\_\_\_  
Adulto que otorga el consentimiento

Fecha: \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_